

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 126

LES SYNDROMES DOULOUREUX CHRONIQUES DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 28 JUIN 1943

PAR

JACQUES DUSSEAU

diplômé d'Hygiène

Né à Montpellier (Hérault), le 18 Septembre 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. BAUMEL, Professeur, *Président*.

BOULET, Professeur.

MOURGUE MOLINES, Agrégé

ROUX, Agrégé.

Assesseurs.

CARCASSONNE

IMPRIMERIE BONNAFOUS & FILS

1943



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555601_0060

Les
syndromes douloureux chroniques
de la fosse iliaque droite

and

the first of the year 1871

the first of the year 1871

LES SYNDROMES DOULOUREUX CHRONIQUES DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 28 JUIN 1943

PAR

JACQUES DUSSEAU

diplômé d'Hygiène

Né à Montpellier (Hérault), le 18 Septembre 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. BAUMEL, Professeur, *Président*.

BOULET, Professeur.

MOURGUE MOLINES, Agrégé

ROUX, Agrégé.

Assesseurs.

CARCASSONNE

IMPRIMERIE BONNAFOUS FILS

1943

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, <i>assesseur</i> .
	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	N.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.

Chargés de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES,
BOSC, VILLARD, GRYNFELT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.		MM.
Chimie	MONNIER, <i>agrégé</i> .	Clin. de la tuber. VIDAL, <i>professeur</i> .
Microbiologie ..	CARRERE, <i>agrégé</i> .	Pathologie chir.. MOURGUE-
Hist. nat. médic.	HARANT, <i>agrégé</i> .	MOLINES, <i>agr.</i>
Pharmacologie ..	HARANT, <i>agrégé</i> .	— — — TRUC, <i>agrégé</i>
Pathologie méd..	BOUCOMONT, <i>agr.</i>	Chirurgie expér. GUIBAL, <i>agrégé</i> .
— — —	BERT, <i>agrégé</i> .	Médecine opérat. ROUX, <i>agrégé</i> .
Propédeut méd..	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Accouchements. CADERAS
Clinique interne	PUECH, <i>professeur</i> .	DE KERLEAU, <i>agr.</i>
Clin. mal cont.	JAMBON, <i>profes.</i>	Stomato'logie .. HOUPERT, <i>docteur</i>
		<i>[en médecine]</i>

Agrégés en exercice

MM.		MM.
Médecine	P. RIMBAUD.	Chirurgie MOURGUE-
—	BOUCOMONT.	MOLINES.
—	BERT.	—
—	LAFON, <i>chargé</i>	—
Chimie	MONNIER [d'agr.	Urologie
Bactériologie ...	CARRERE.	Accouchements. CADERAS
Hist. nat. médic.	HARANT.	DE KERLEAU.



A mon Père et à ma Mère

qu'ils trouvent ici le témoignage
de ma reconnaissance et de mon
affection.

A mes Tantes

A mon Oncle

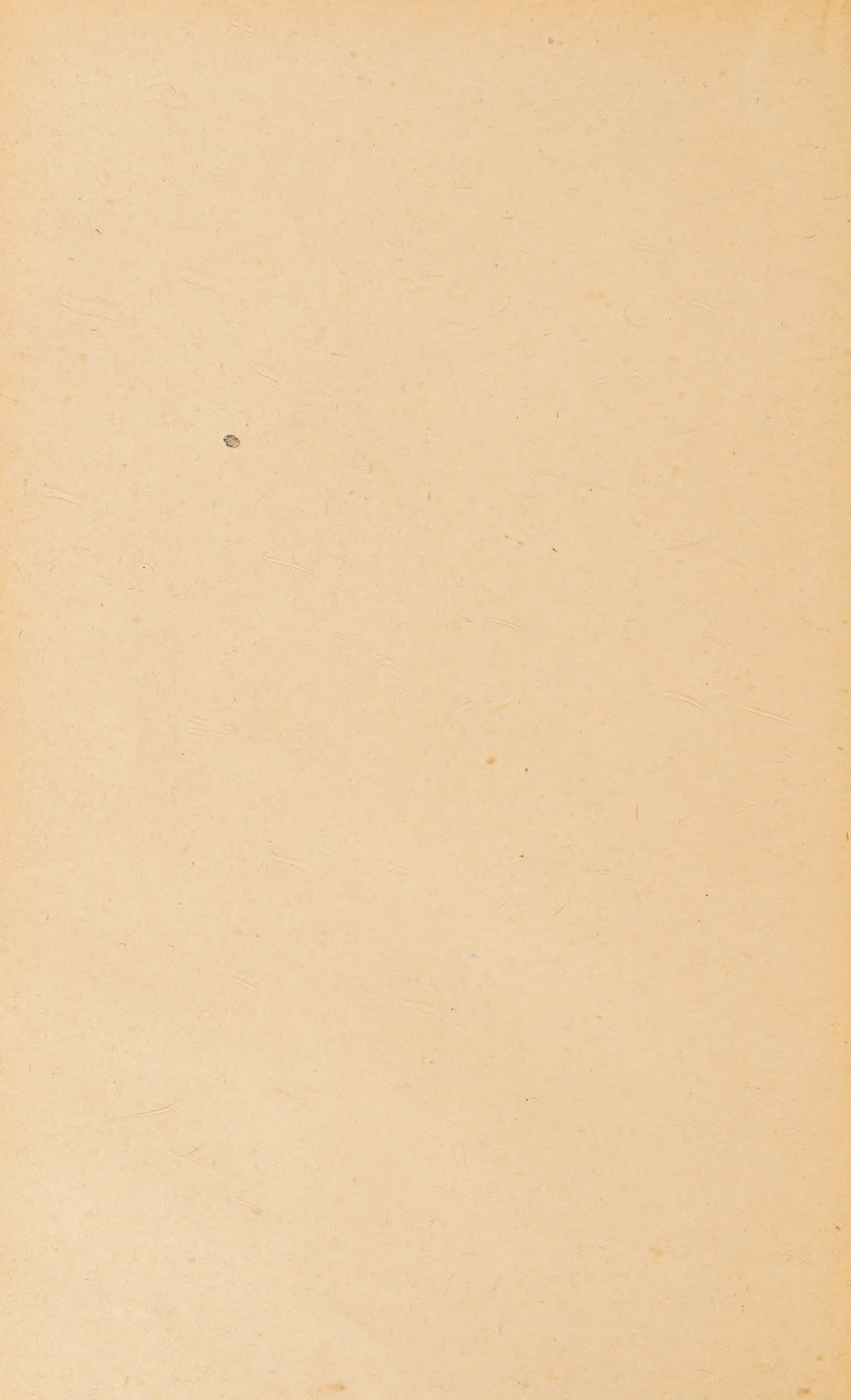
A mes Amis.

A Monsieur le Professeur BAUMEL
Professeur d'Anatomie Pathologique,
Médecin-Chef
du Centre de Gastro-Hépat-Entérologie
de la XVI^e Région
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse et a bien voulu
en accepter la présidence.

A mes Maîtres des hôpitaux
et
de la Faculté de Médecine de BORDEAUX.

A mes Maîtres des hôpitaux
et
de la Faculté de Médecine de MONTPELLIER



INTRODUCTION

*Nombre de malades sont
opérés pour une appendicite
qu'ils n'ont pas.*

G. DIEULAFOY.

Voici une cinquantaine d'années qu'un maître incontesté de la clinique, le professeur G. DIEULAFOY, avait mis en garde le monde des médecins contre l'abus du diagnostic d'appendicite, lui qui avait tant lutté pour faire accepter la notion d'appendicite, sa fréquence et la nécessité de son traitement chirurgical.

Cette étude voudrait contribuer à établir que l'appendicite chronique ne réalise pas à elle seule, toute la pathologie de la fosse iliaque droite. Certes, celui qui, mis en présence d'un malade accusant des malaises, des troubles digestifs, des troubles fonctionnels de l'intestin, avec sensations douloureuses spontanées dans la moitié droite de l'abdomen et douleur provoquée à la pression profonde de la fosse iliaque droite, ne penserait pas d'abord à l'appendicite chronique, ferait preuve d'un défaut de bon sens clinique. Seulement il n'y a pas que cette affection. Les douleurs chroniques de la fosse iliaque droite sont aussi bien le reflet d'appendicites chroniques que de fausses appendicites, syndromes intestinaux ou para-intestinaux, tels que l'ileite terminale chronique, les typhlites et colites droites chroniques, la périviscéríte du carrefour iléo-cæco-appendiculaire.

Méconnaître l'appendicite chronique ou sous estimer son importance c'est exposer le malade à des troubles ultérieurs parfois très graves et débordant le cadre primitif de cette affection. De même prendre une péri-viscéríte du carrefour inférieur pour une appendicite chronique et pratiquer l'appendicectomie sera donner un véritable coup de fouet aux lésions et activer leur développement. Les trop fameux balafres de PLOMBIÈRES et de CHATELGUYON font beaucoup parler d'eux et sont les témoins d'appendicectomies nuisibles ou pour le moins inutiles.

Préciser les limites de l'appendicite chronique et celles des états purement intestinaux ou para-intestinaux sera l'objet du présent travail.

1° Un syndrome douloureux chronique de la fosse iliaque droite doit faire venir à l'esprit l'idée de quatre affections qui sont :

L'appendicite chronique.

L'ileite terminale chronique.

Les typhlites et colites droites chroniques.

La péri-viscéríte du carrefour iléo-cæcal.

2° Le diagnostic s'appuiera sur l'étude clinique minutieuse, attentive, mais surtout sur le contrôle de la radiologie et du laboratoire.

3° Une erreur de diagnostic sera dangereuse en raison de l'opposition des diverses thérapeutiques.

GÉNÉRALITÉS

Il importe d'abord de présenter au lecteur, chacune des quatre affections à l'origine des syndromes douloureux chroniques de la fosse iliaque droite.

En premier lieu vient l'Appendicite chronique. Jadis l'appendice était considéré comme faisant partie intégrante du cæcum, et ses lésions étaient groupées avec celles du cæcum sous le nom de typhlites. Dans le premier quart du XIX^e siècle, le terme d'appendicite est introduit dans le vocabulaire médical. Folliculite localisée, elle se présente sous trois types principaux. Il peut s'agir soit d'une appendicite chronique qui succède à une appendicite aiguë, soit d'une appendicite à rechutes de TALAMON forme subaiguë à crises intermittentes, soit enfin de l'appendicite chronique d'emblée, véritable forme autonome, n'ayant aucun point commun avec l'appendicite aiguë et ne paraissant même pas prédisposer à cette dernière. La folliculite se généralisant, le cæcum et l'iléon peuvent être envahis, c'est la typhlocolite qui continuera à évoluer malgré l'ablation de l'appendice.

Viennent ensuite des lésions intestinales ou para-intestinales, qui seront étudiées sous le nom de fausses appendicites emprunté à DIEULAFOY. Ce terme a ce mérite, inhérent à son manque de précision, de pouvoir grouper l'ensemble des affections qui peuvent constituer des causes sérieuses de difficulté de diagnostic de l'appendicite chronique.

L'Ileite terminale chronique est un processus inflammatoire hypertrophique qui évolue sous un mode chronique, localisé sur la dernière anse du grêle. Il est habituel de décrire une forme ulcéreuse, une forme sténosante, une forme fistuleuse.

Dans les typhlites et colites droites chroniques, il faudra distinguer les colites muqueuses et les colites pariéto-interstitielles. Les colites muqueuses ou endocolites muqueuses traduisent une lésion superficielle, ou une irritation de la muqueuse, les lésions prédominant sur le cæco-ascendant. Dans les colites pariéto-

interstitielles, l'appendicite chronique s'est étendu quelquefois à tout le tissu folliculaire du caecum et de l'iléon. Ainsi se développe la typhlocolite. La typhlatoxie pourra succéder à la typhlocolite, et s'en distinguer, par la stase intestinale caeco-ascendante. L'infection pourra aussi gagner en profondeur, la séreuse se défendra, et apparaîtront des exocolites plastiques, péricolites, périviscérites du carrefour inférieur. Ainsi naissent, adhérences, brides qui créent les pseudo-occlusions totales, iléales ou angulaires, pour aboutir à des stases irréductibles et de grande toxicité.

La périviscérite du carrefour iléo-caeco-appendiculaire est une péritonite localisée, mais pouvant appartenir à un processus généralisé, qui fixe ou immobilise l'iléo-caeco-colon droit dans une position plus ou moins anormale, et qui arrive à gêner son fonctionnement physiologique.

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS

Appendicite chronique

Ces deux observations sont dues à l'obligeance du Professeur J. BAUMEL.

OBSERVATION I.

Madame GAR... 20 ans, se plaint depuis 2 ou 3 ans de troubles digestifs caractérisés par perte d'appétit à peu près complète. Ballonnements gastriques se produisant une demi-heure après l'alimentation et vomissements bilieux presque quotidiens, le matin à jeun.

Douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite, se généralisant parfois à tout l'abdomen avec constipation très opiniâtre. Emission de sybales avec glaires et peaux. Règles douloureuses assez abondantes.

Examen clinique. — Etat général moyen. Poids 46 kg. Tension artérielle: Mx. 12, Mn. 9. Ni albumine, ni sucre dans les urines. Langue sale. Hyperesthésie du plexus solaire, ventre souple. Douleur très nette à la pression de la région caeco-appendiculaire.

Examen radiologique. — Estomac légèrement ptosé et dilaté, contractions lentes. Léger degré de péri-duodénite avec deuxième portion peu mobile. Stase

iléale avec caecum fixe et douloureux. Appendice en situation inféro interne, très sensible faisant recourber la partie inférieure du caecum.

Intervention chirurgicale en 1927. — Appendicectomy pour appendice très adhérent en position caeco-ascendante interne. Adhérences nombreuses fixant l'appendice sur le bord interne du colon ascendant. Libération d'adhérences. Suites opératoires normales.

Actuellement, le malade qui a fait en plus un traitement médical est en excellente santé.

OBSERVATION II.

Monsieur B..., 32 ans, demeurant à SÈTE, vient consulter pour des troubles caractérisés par des pesanteurs d'estomac datant de très longtemps avec des vomissements faciles.

A l'interrogatoire, l'appétit est bon, quelques ballonnements, pas de brûlures, pas de crampes. Vomissements alimentaires vers 9 heures du soir dans lesquels il reconnaît les aliments pris au repas de midi. Pas de sang dans les vomissements. Quelques renvois. Pas de douleurs de ventre généralisées, mais des douleurs nettes au niveau de la fosse iliaque droite. Constipation importante. Ne va à la selle que par laxatif. Pas de sang, pas de faux besoins. Quelques alternatives de constipation et de diarrhée. Aurait maigri de 7 à 8 kg. Rien à signaler du côté de l'appareil respiratoire. Quelques crises de rhumatisme.

Examen clinique. — Rien dans les hypochondres, la fosse iliaque gauche est normale. Douleur nette au niveau du point de MAC-BURNEY. Tension artérielle : 13-8. Poids 53 kg.

Examen radiographique. — Vésicule normale, estomac normal avec cependant un certain ralentissement de la circulation.

Intestin. — Stase iléale marquée, 8 heures après le repas, l'abouchement iléo-caecal est visible. Colon transverse fortement spasmé. Spasme marqué au niveau du colon descendant et de l'anse sigmoïde. La pression profonde avec le distincteur en pleine zone appendiculaire est douloureuse.

Intervention. — Appendicectomie en juillet 1940.

Pièce anatomique. — Appendice nettement enflammé.

Evolution. — Tous les troubles ont disparu.

Ileite terminale chronique

OBSERVATION I. (*Snapper - Pompen - Groen*)

Femme de 55 ans. Depuis 15 ans souffre de douleurs dans la région ombilicale avec diarrhée rebelle à tout traitement. La douleur est allée en augmentant, survenant quatre heures après les repas accompagnée de nausées. Son siège parfois périombilical, est plus constamment dans la fosse iliaque droite. En général la crise se termine, alors que surviennent des bruits hydroaériques, par l'émission de gaz et de matières liquides. Souvent une constipation opiniâtre précédait les crises. Les selles sont parfois mousseuses et paraissent grasses à la malade. La température pouvait monter jusqu'à 38°5, enfin en quelques années amaigrissement de 15 kg.

Examen clinique. — Poids 55 kg. 700, température

rectale 37°9. L'abdomen est météorisé, sans contraction. Il existe une sensibilité diffuse de la fosse iliaque droite, s'irradiant sur l'ombilic. Une masse mal limitée, assez dure, douloureuse, peu mobile, est perçue dans la fosse iliaque droite.

Examen coprologique. — Présence de sang occulte, insuffisance de résorption des graisses, pas de B.K.

Examen radiologique. — 3 heures après le repas opaque, les anses grêles présentent des retrécissements spasmodiques, avec alternance de parties plus larges contenant de grosses bulles d'air. 4 heures après la dernière anse iléale apparaît dilatée se terminant en un cône auquel fait suite un filet opaque sinueux. Le colon ascendant est fixé à la terminaison du grêle par des adhérences.

Après lavement baryté, apparaissent trois fistules internes, sous forme de trois échevaux allant de l'iléon au colon ascendant.

Intervention. — La terminaison du grêle est une grosse masse soudée au colon ascendant jusqu'à l'angle hépatique. Résection de l'iléon terminal, d'une partie du mesentère, et du caeco-colon ascendant. Iléo-transverso-stomie termino-latérale.

Evolution. — Abscessus au niveau de la cicatrice opératoire. Trois mois après guérison complète.

Examen de la pièce anatomique. — Lumière iléale retrécie, paroi épaissie, 3 canaux fistulaires.

OBSERVATION II. (*Knapper, Amsterdam.*)

Homme de 22 ans. A présenté un syndrome abdominal simulant l'appendicite, et a été opéré. Après l'appendicectomie les mêmes troubles ont persisté. Trois mois après dans la région iléo-caecale, un abscessus

a apparu qui a été incisé. L'incision ne s'est pas fermée et a fait place à une fistule. L'état général s'est aggravé.

Examen clinique. — Mauvais état général, existence de la fistule dans la fosse iliaque droite. infiltration inflammatoire de la région iléo-caecale.

Examen radiologique. — La dernière anse iléale est extrêmement retrécie (signe du cordon tordu).

Autres examens. — Par leur négativité prouvent la non spécificité de l'affection.

Intervention. — Est pratiquée en deux temps vue la faiblesse du malade.

Premier temps: iléo-tranverso-stomie, état général s'améliore.

Deuxième temps: résection iléo-caecale.

Evolution. — Guérison.

Examen de la pièce anatomique. — Epaississement de l'iléon terminal avec lumière retrécie et valvule méconnaissable. La muqueuse a disparu et il existe une prolifération polypeuse.

Typhlites et colites droites chroniques

Ces deux observations sont dues à l'obligeance du Professeur BAUMEL.

OBSERVATION N° I.

Mlle N..., 19 ans, de Labastide, vient consulter le 8 mai 1942 pour douleur épigastrique après alimentation, et ballonnements abdominaux. Pas d'appétit, dégoût pour les aliments gras, ne supporte pas les œufs, ren-

vois aigres, ni nausées, ni vomissements. Douleurs dans la fosse iliaque droite. Constipation, pas de glaires, pas de peaux.

Mlle R... aurait maigri de 5 kilogs.

Céphalées, bourdonnements d'oreilles.

Bien réglée.

Examen clinique. — Tension artérielle : Mx 13, Mn 8. Présence d'acétone dans les urines. Poids : 54 kilogs.

Langue sale, plexus solaire douloureux, rien dans les hypochondres, fosse iliaque droite très sensible sur toute sa hauteur. Légère corde colique gauche.

Examen radiologique. — L'estomac a un bas-fond qui se situe sur le niveau des crêtes iliaques. Le duodénum est normal. L'intestin est bien rempli, le cæcum est normal, peut-être un peu gros, son opacité n'est pas homogène. L'appendice qui se voit en situation cæcale infero-interne, un peu en érection, est très sensible, mais la sensibilité s'étend sur toute la région cæcale. L'angle hépatique, le transverse, l'angle splénique sont normaux. Le colon descendant est augmenté de volume. L'anse sigmoïde est spasmée et pas très nettement remplie. Le rectum est normal.

Un lavement baryté est donné pour revoir l'anse sigmoïde. Il montre une anse sigmoïde augmentée de calibre et de longueur.

Diagnostic. — Appendicite avec typhlite chez un malade présentant un léger mégacolon descendant et sigmoïdien.

Traitement. — Vaccin colique, solution de Carlsbad, pansements bismuthés.

Evolution. — Un mois après, poids 56 kilogs, tous les signes objectifs et subjectifs ont disparu.

OBSERVATION N° II.

M. D..., 39 ans, de Mende, se plaint de mauvaises digestions, de douleurs abdominales datant de 3 ans, avec crises paroxystiques dans la fosse iliaque droite. Vomissements bilieux le matin, renvois sans goût, douleur abdominale droite, constipation avec glaires et peaux, pas de sang ni de vers dans les selles.

Le sujet aurait maigri en 6 mois de 15 kilogs.

Céphalée, bourdonnements d'oreille, rien dans les urines.

Examen clinique. — Langue normale, denture en bon état, plexus solaire légèrement sensible, douleur au point de Murphy, abdomen droit douloureux sur plusieurs centimètres de hauteur dans la fosse iliaque. Tension artérielle: Mx 12, Mn 8. Etat général conservé.

Examen radiologique. — Le foie est normal. L'estomac, dont le bas fond est au niveau des crêtes iliaques, se vide en 6 heures. Le duodénum n'a rien. Dans l'intestin la tête de colonne opaque arrive jusqu'au rectum. Le cæcum est normal mais il plonge dans le bassin, il est bien mobile, pas douloureux à la pression profonde, sauf dans la zone appendiculaire ; à ce niveau d'ailleurs il est peu mobile. Les colons transverse et descendant sont et restent fortement spasmés.

Diagnostic. — Léger degré de typhlite avec réaction appendiculaire chez un malade ayant une vésicule sensible et une colite spasmodique assez marquée.

Traitement. — Vaccin colitique, solution de Carlsbad, pansements bismuthés.

Evolution. — Un mois après, le poids a augmenté de 1 kilog, la douleur dans la fosse iliaque droite a disparu.

Périviscérite du carrefour iléo-cæcal

Ces deux observations sont encore dues à l'obligeance du Professeur J. BAUMEL.

OBSERVATION N° I.

Mlle BOURG..., 35 ans, se plaint depuis 2 ans de ballonnements gastriques suivis d'une sensation nette de brûlure, apparaissant après les repas. Vomissements quotidiens, pyrosis, amaigrissement de 6 kilogs. Douleurs abdominales avec constipation opiniâtre, une selle tous les 8 jours.

Il y a 3 mois, recrudescence de tous ces symptômes.

Examen clinique. — Etat général moyen, poids 68 kilogs, tension artérielle : Mx. 16, Mn. 9. Langue saburrale, point pyloro-vésiculo-duodénal très sensible, hypéresthésie du plexus solaire, fosse iliaque droite très douloureuse.

Examen radiologique. — Estomac ptosé. Péristaltisme gastrique normal, encoche pylorique douloureuse. Pylore fixé. Stase duodénale avec mouvements antipéristaltiques. Deuxième portion duodénale non mobilisable. Retard du transit intestinal. Stase iléale marquée à la 9^e heure. Tête de colonne opaque à peine arrivée au niveau de l'angle hépatique à la 18^e heure. Cæcum fixe, douloureux en pleine zone appendiculaire, apparence lacunaire de cette portion cæcale, appendice non visible. Rectum rempli seulement à la 72^e heure, cæco-ascendant commençant à se vider à ce moment-là.

Intervention chirurgicale. — Appendicectomie. Appendice retro-cæcal avec adhérences considérables.

Evolution. — Pendant un mois, amélioration notable, puis les troubles antérieurs réapparaissent plus violents qu'avant l'opération. Il y a généralisation des

adhérences abdominales qui amènent un certain degré d'occlusion chronique. Mlle B... meurt au milieu d'une crise d'occlusion.

OBSERVATION N° II.

BATT..., 19 ans, a perdu l'appétit depuis trois ans. Des ballonnements gastriques immédiats durent jusqu'au repas suivant. Vomissements alimentaires quotidiens une demi-heure à trois heures après les repas, non acides. Nausées le matin à jeun.

Douleur abdominale gauche de temps en temps avec constipation opiniâtre. Céphalée quotidienne. Amaigrissement notable.

Opéré en 1927 pour appendicite chronique.

Examen clinique. — Etat général déficient. Poids 47 kg., tension artérielle: Mx. 14, Mn. 8. Langue sale. Ventre en bateau. Foie et rate normaux. Hyperesthésie du plexus solaire. Sensibilité marquée du carrefour pyloro-vésiculo-duodénal, douleur très vive du MAC-BURNEY, corde colique gauche sensible.

Examen radiologique. — Estomac arrivant au niveau des crêtes iliaques bien mobilisable, nettement atone avec contractions diminuées; stase duodénale au niveau de la deuxième portion avec mouvements antiperistaltiques; segments duodénaux fixes et sensibles. Du côté de l'intestin, stase iléale nette à la neuvième heure avec gros paquet d'anses iléales sensibles et peu mobiles. Douleur au niveau de la partie inférieure du Caecum. Caecum fixé. Chimisme gastrique: HCl. libre 0,9; Hcl. combiné 0,5; acidité totale 1,4.

Intervention chirurgicale en 1931. — Bride de Lane et membrane de JACKSON: fermeture de l'angle iléo-caecal.

Evolution. — Aucune amélioration.

DEUXIÈME PARTIE

NOTIONS ANATOMO - PATHOLOGIQUES ET ETIOLOGIQUES

CHAPITRE PREMIER

Notions anatomo-pathologiques

L'anatomie pathologique met en évidence l'individualité de syndromes voisins par leurs caractères cliniques.

I. — *L'APPENDICITE CHRONIQUE :*

Les légions histologiques se résument à une hypertrophie des follicules lymphatiques, ailleurs à une sclerose périfolliculaire avec atrophie qui retrécit irrégulièrement la cavité de l'organe, à de la lymphangite sous séreuse.

Enfoui sous d'épaisses adhérences, parfois comme incrusté dans la paroi caecale, ou ayant subi une amputation spontanée tel est l'état de l'appendice dans l'appendicite chronique succédant à une ou plusieurs crises aiguës.

Dans l'appendicite chronique d'emblée, il a été décrit grâce à la similitude anatomique de l'appendice et des amygdales : des appendicites catarrhales avec hyper-

vascularisation de l'organe et des appendicites folliculaires avec hypertrophie des follicules et envahissement de la sous-muqueuse. Dans les cas plus graves des trainées de lymphangite sous séreuse apparaissent. L'évolution anatomique se fait généralement vers la sclérose progressive.

Importantes sont les lésions de voisinage. La folliculite appendiculaire chronique peut se propager au cæcum et à tout le colon droit. Par la suite dans l'étude des typhlo-colites il sera montré que les formes dites pariéto-interstitielles de ces colites ont des rapports étroits avec l'appendicite chronique. Ainsi s'explique l'échec de certaines appendicectomies « à froid », l'opération n'ayant enlevé qu'une faible partie des tissus malades et ayant plus ou moins traumatisé le reste. D'où nécessité des opérations précoces pour l'appendicite chronique, avant diffusion des lésions.

Des voiles membraneux, des adhérences se constituent autour de l'appendice, du cæcum, de la fin de l'iléon. Les anses intestinales s'agglutinent, adhèrent au péritoine pariétal. Il y a de la pérityphlocolite.

Fréquemment l'épiploon est atteint d'épiploïte chronique, il peut contracter des adhérences à tendances occlusives. La vésicule se trouve souvent englobée dans les adhérences et les paquets épiploïques agglutinés devant l'angle colique droit.

L'appendicite chronique entraîne fréquemment des adénopathies mésentériques. Il peut en résulter une véritable mésentérite chronique qui, par rétraction, peut amener une stenose de la troisième portion du duodénum.

II. — *L'ILEITE TERMINALE CHRONIQUE :*

Macroscopiquement, l'anse est volumineuse, d'aspect variable suivant qu'il s'agit d'évolution ancienne ou récente.

Dans les cas récents, répondant au stade clinique de l'entérite ulcéreuse, l'anse est turgescence. Les lésions de la muqueuse sont caractéristiques, tout le long du bord mésentérique s'échelonnent en file des ulcérations formant comme un sillon de un centimètre de diamètre. Le méso est infiltré d'œdème et de ganglions.

Dans les cas anciens, l'anse est dure, rouge, rigide. Des adhérences de la péritonite localisée trament leur réseau sur une anse voisine, sur le cæcum, sur le mésentère, formant un bloc scléro-inflammatoire de toute la région. Le mésentère épaissi est le siège de petits abcès, ceux-ci sont constituée par la confluence de trajets fistuleux multiples venant du bord mésentérique de l'anse, avec pour point de départ les ulcérations muqueuses. Les abcès peuvent se perforer dans une anse voisine, exceptionnellement dans la grande cavité en raison des adhérences. Ils peuvent confluer au point de simuler un abcès appendiculaire.

La réaction inflammatoire de la sous-muqueuse et de la musculuse tend à faire place à un processus fibro-stenosant.

III. — *LES TYPHLITES ET COLITES DROITES CHRONIQUES :*

L'endocolite muqueuse, dans ses formes banales se réduit à un état congestif de la muqueuse avec hyper-sécrétion catarrhale. Dans ses formes chroniques et graves existent de véritables lésions, mais superficielles.

les, sècheresse de la muqueuse, érosions, piqueté hémorragique, plus tard ulcérations ou au contraire excroissances villeuses ou polypeuses.

Les colites pariéto-interstitielles, la typhlo-colite, ont comme lésion essentielle et primordiale la folliculite. Ensuite la lymphangite se constitue, la folliculite est en elle-même une lymphangite diffuse, mais elle peut entraîner également des réactions ganglionnaires. Enfin s'installe la péricolite, une péritonite localisée chronique succède inévitablement aux poussées de lymphangite sous-séreuse.

Il y a des lésions secondaires: les entéro-névrites, lésions du système nerveux intestinal conditionnent un grand nombre de troubles fonctionnels du colon, en second lieu ce sont des lésions vasculaires, l'artériosclérose intestinale, responsables de dystrophies segmentaires, de *typhlatonie*, d'allongement du colon droit, et leur conséquence commune enfin la stase intestinale.

IV. — LES PÉRIVISCÉRITES DU CARREFOUR ILÉO-CÆCAL :

Le plus souvent les périviscérites sont réactionnelles, elles accompagnent toute inflammation des viscères abdominaux et elles ne sont que la réaction opposée par la séreuse péritonéale à l'infection.

Il est à côté des cas nombreux où les malades sont vus pour un état constitué sans qu'il soit possible de déterminer l'accident aigu initial ou sa cause chronique plus ou moins tardive, puisque ces troubles se manifestent généralement vers la vingtième année. Qu'on les considère comme le résultat d'une infection atténuée du péritoine (tuberculose, syphilis) ou d'une réaction chronique périviscérale de stase intestinale,

ou encore d'un trouble du sympathique abdominal, ces manifestations paraissent acquises. Et cependant état doit être fait de certaines anomalies de fixation des mésos, qui évoquent l'idée de malformations congénitales à l'origine de la stase, et de l'irritation chronique qu'elle crée.

Laches et souples, ou serrées, fibreuses, criant sous le couteau, des adhérences en nappes réalisent la coalescence des organes contigus entre eux ou d'un organe avec la paroi abdominale.

Cette coalescence est le résultat de la desquamation des cellules péritonéales et de l'accolement des fausses membranes ainsi créées avec le péritoine voisin.

Complicquant l'ensemble par congestion simple d'abord, formation de nodules et de zones cicatricielles blanches indurées et rétractiles ensuite, l'épiploon adhère au péritoine pariétal ou aux organes voisins.

Cette épiploïte chronique constitue une réaction de défense, cloisonnant, endiguant tout développement de lésions plus graves. Ce processus reste malgré tout douloureux et irréversible. Il entrave la mobilité des organes, réalise des coudures, déformations, situations anormales.

Il y a par conséquent un rententissement éminemment défavorable sur l'anatomie et la physiologie des segments intestinaux intéressés.

CHAPITRE II

Notions étiologiques

I. — *L'APPENDICITE CHRONIQUE :*

Deux théories méritent d'être retenues :

La théorie de l'infection d'origine intestinale (virulence exaltée des germes normaux de l'intestin stagnant dans l'appendice), et la théorie de l'infection par voie sanguine (fréquence de l'appendicite dans le décours des maladies infectieuses).

La constitution anatomique de l'organe, sa disposition en cul de sac, ses coudures favorisent son inflammation.

Les corps étrangers intra-appendiculaires (noyaux, calculs stercoraux), les parasites intestinaux (trichocéphales, oxyures) joueraient un rôle favorisant. Le rôle des entérites chroniques a été longuement discuté.

Les salpingo-ovarites, les maladies infectieuses doivent être retenues. Ces dernières mettent en évidence, à côté de la propagation par continuité et par voie lymphatique, le rôle de la voie sanguine. Les microbes en s'éliminant par le cæcum et l'appendice y provoquent une inflammation.

La chronicité de l'infection a été imputée non seulement aux conditions anatomiques de la région, mais encore au constant renouvellement des apports infectieux et des irritations.

II. — *ILÉITE TERMINALE CHRONIQUE :*

Elle s'observe presque uniquement chez des sujets jeunes, est fréquente chez les israélites, mais est une affection primitive et autonome.

Elle s'individualise nettement des ileites secondaires, observées au cours de la typhoïde et des paratyphoïdes.

L'ileite terminale chronique doit être distinguée des ileites réactionnelles dues au voisinage d'un foyer inflammatoire (appendicite, salpingite).

Cette affection autonome n'est pas due à un germe spécifique. Tuberculose, syphilis, lymphogranulomatose furent invoquées à l'origine des formes chroniques. Le bacille d'EBERTH fut soupçonné d'être la cause des formes aiguës.

Actuellement, il est admis que les germes en cause sont les saprophytes banaux, colibacille, stréptocoque, staphylocoque, pneumocoque. La porte d'entrée serait la muqueuse iléale.

La localisation sur le grêle terminal peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un segment intestinal mal vascularisé, riche en tissu lymphoïde, lieu de stase et de septicité relatives.

III. — LES TYPHLITES ET COLITES DROITES CHRONIQUES :

Les colites peuvent reconnaître deux causes essentielles :

a) D'une part un trouble des fonctions de *digestion* ou d'*épuration*, détruisant l'équilibre normal des races microbiennes en présence, augmentant la toxicité du contenu colique. La muqueuse se protège par une sécrétion de mucus, le péristaltisme s'exagère, il y a tendance diarrhéique. Le trouble des fonctions digestives résultera d'une alimentation défectueuse, d'évacuations prématurées du grêle ou du cæcum, ou au contraire de la stase cæcale, amenant l'alcalinité au lieu de l'acidité normale. Le défaut d'épuration sera le

fait d'une intoxication alimentaire massive ou encore d'une inhibition temporaire de cette fonction du colon par une cause banale, le froid, la fatigue. Il entraînera souvent des phénomènes anaphylactiques, urticaire, œdèmes, vomissements, *diarrhées surtout* qui traumatisent la paroi intestinale et constituent le trait d'union entre les endocolites muqueuses et les colites pariéto-interstitielles.

b) L'apport des germes virulents d'origine exogène ou endogène ou encore hématogène. Ce mécanisme correspondra essentiellement aux colites pariéto-interstitielles. L'anaphylaxie par ses répercussions en retour sur l'intestin créerait de véritables traumatismes qui altèrent les parois du colon et annihilent leurs moyens de défense. L'élimination toxique joue un rôle non moins évident, intoxications exogènes, intoxications endogènes.

c) La lésion étant constituée deux facteurs jouent encore pour assurer sa chronicité. Les traumatismes, (lésions muqueuses créées par l'élimination massive de microbes ou de toxines, parasites intestinaux, traumatisme chirurgical, constipation chronique, diarrhée) et le terrain.

IV. — LES PÉRIVISCÉRITES DU CARREFOUR ILÉO-CÆCAL :

La périviscérite semble relever de processus pathologiques différents suivants que les lésions sont congénitales ou acquises.

- Les lésions sont congénitales. — Il s'agit de brides et de membranes.
- Les lésions sont acquises. — Dans ce dernier cas, l'infection qui en est la cause pourra avoir son

point de départ dans le segment cæco-colique du gros intestin ou autour de lui (appendicite et région salpingo-ovarienne).

Tantôt il s'agit d'une infection péritonéale péricæcale primitive. Les lésions d'origine appendiculaire occupent le premier plan, la réaction péritonéo-épiploïque organise autour du cæcum, de l'appendice, et des dernières anses iléales, un amas de fausses membranes qui endiguent et limitent l'infection. En dehors de l'appendicite, toutes les infections de voisinages peuvent retentir sur les organes du carrefour inférieur (salpingo-ovarite droite, périmérite, périurétérite, etc...).

Il faut faire une place à part à la tuberculose et à la syphilis (infection tuberculeuse du péritoine et syphilis péritonéale).

Le traumatisme opératoire, dans la production de ces périviscérites, peut jouer un rôle important, surtout s'il se produit chez des malades encore infectés ou présentant un terrain favorable au développement des chéloïdes et des adhérences. Il donne un véritable coup de fouet aux manifestations périviscéritiques. Ainsi s'expliquent les échecs essuyés par les chirurgiens interventionnistes et promoteurs de l'appendicectomie systématique, en face de tout syndrome douloureux de la fosse iliaque droite.

Enfin la lésion cæcale sera primitive et la pérityphlocolite secondaire. Le point de départ des lésions est la muqueuse et la paroi du cæco ascendant, et la périviscérite se constitue secondairement. Des sequelles de dysenterie, de fièvre typhoïde ont été invoquées comme causes déterminantes. Des parasites peuvent être le point de départ de crises de typhlite primitive et secondairement de lésions pérityphliques. La

stase fécale par obstacle mécanique sur le colon ascendant peut amener à la longue des poussées de pérityphlocolite secondaire. Pour certains auteurs, les lésions anatomiques de l'intestin, pouvant aller depuis la simple typhlo-colite catarrhale, jusqu'aux ulcérations de la muqueuse et aux lésions infiltrées de la paroi, seraient l'origine habituelle des péricolites.

TROISIÈME PARTIE

ETUDE CLINIQUE

I. — *L'APPENDICITE CHRONIQUE* :

Les symptômes sont soit purement intestinaux, soit gastriques, soit gastro-intestinaux. L'attention n'est pas spécialement attirée du côté de l'appendice.

Dans la symptomatologie à prédominance intestinale, la fosse iliaque droite est le siège de troubles douloureux allant de la pesanteur jusqu'à la colique. Celle-ci se produit 4 ou 5 heures après les repas, au moment où le contenu du grêle arrive dans le cæcum. Cela par périodes espacées ou quotidiennement. Des émissions de scybales tous les 3 ou 4 jours, des débâcles pâteuses avec plusieurs selles quotidiennes, l'alternance ou la coexistence des deux, peuvent indifféremment se rencontrer. Quelques coliques impérieuses accompagnent, nécessitant une exonération fécale immédiate. Sur ce fond habituel, se greffent à échéances variables, des recrudescences de la constipation ou des débâcles. Le sujet maigrit, la température reste normale, ou s'élève de quelques dixièmes de degré à quelques degrés au moment des poussées.

Dans la symptomatologie à prédominance gastro-intestinale se surajoutent des troubles stomacaux. L'appétit est capricieux. Une à deux heures après le

repas existe une sensation de ballonnement qu'une éructation bienfaisante vient atténuer. Les digestions sont lentes, au repas du soir le repas de midi est encore dans l'estomac. Les malades souffrent de brûlures, de pyrosis.

Dans la symptomatologie gastrique pure ce sont des crampes, des brûlures précoces ou tardives, calmées par les alcalins. Les anglais décrivent le « HUNGER PAIN ». A jeun le matin des nausées, des vomissements biliaires rappellent les pituites matutinales des alcooliques. En général, le médecin diagnostique un ulcère de l'estomac. La symptomatologie gastrique peut varier et être à type duodénal ou vésiculaire.

La langue est saburrale, les ulcéreux, les cancéreux de l'estomac, ont une langue nette. Celle-ci est le miroir de l'intestin et non pas, comme l'on dit, de l'estomac.

Les réactions gastro-duodénales dans l'appendicite chronique s'expliquent bien. Les lésions inflammatoires viscérales ou périviscérales prennent naissance par propagation de l'infection appendiculaire aux organes de l'étage abdominal supérieur grâce aux voies lymphatiques parties de l'appendice.

FLANDRIN dit « Lorsqu'on opère les malades pour un ulcère du pylore ou du duodénum, si l'exploration ne montre aucune lésion dans ces organes il ne faut pas faire de gastro-entérostomie, mais aller découvrir l'appendice. On le trouvera toujours chroniquement enflammé ».

La douleur subjective n'est pas constante, son siège est en général dans la fosse iliaque droite. Elle est discrète avec recrudescences paroxystiques à type de coups d'aiguille. Mais elle se précise par intermittence dans les mouvements qui mettent en tension le contenu colique et cæcal comme la flexion du tronc.

Des troubles toxi-infectieux existent dans l'appendicite chronique. L'intoxication frappe électivement le système nerveux, produisant de l'anxiété, des insomnies, des cauchemars, des céphalées. Chez d'autres domine l'asthénie. Dans la plupart des cas, la paleur de la face, les crises sudorales, l'hypotension, le spasmodisme caractérisent un état d'hypervagotonie. Le syndrome infectieux a un signe essentiel: la fièvre, très discrète d'ailleurs.

La palpation est l'acte capital dans l'étude des signes physiques. Les différents points iliaques classiques n'ont aucune valeur. Ce qui compte, c'est de retrouver au cours de plusieurs examens pratiqués un point douloureux, toujours le même. Ce point douloureux de la fosse iliaque droite sera presque toujours trouvé sur le bord interne du cæcum. La pression à son niveau entraîne une grimace du malade, la flexion réflexe de la cuisse droite. Si le médecin, appuyant sur ce point, demande au malade de soulever le talon du lit, la douleur augmente. Le point douloureux est variable parce que la situation de l'appendice diffère chez chaque individu. Seul l'examen radiologique rapportera le point à l'appendice.

Un état nauséeux peut être provoqué par la palpation de la fosse iliaque droite.

En même temps existe une réaction cæcale, cæcum boudiné, roulant sous le doigt, de tension changeante, avec alternatives de contraction et de relâchement, gargouillement cæcal avec production de bruits hydro-aériques.

Le palper du bord interne du cæcum ne provoquera pas toujours de douleur iliaque, mais une douleur à distance ombilicale ou épigastrique, de grande valeur diagnostique néanmoins.

Une réaction de défense du plan musculaire sus-

jacent existe toujours. Il faudra comparer avec soin la tonicité de la fosse iliaque droite et de la fosse iliaque gauche. Enfin le réflexe cutané abdominal droit peut être diminué.

Un spasme colique gauche douloureux existera quelquefois. Le colon ilio-pelvien dur comme une grosse corde parfois roulera sous la main dans la fosse iliaque gauche. Les angles coliques, le colon transverse peuvent être aussi sensibles. C'est que l'infection appendiculaire gagne peu à peu le cæcum et le colon.

Les nausées, les vomissements prouvent une altération péritonéale au niveau de la région cæco-appendiculaire, du duodénum, et de tout autre point de l'abdomen.

Des résidus amylacés dans les selles signent : trouble de la digestion cæcale soit par accélération du transit sur ce point, soit par insuffisance cæcale. La réaction de MEYER dans les selles est toujours négative.

Ces signes cliniques aiguillent vers le diagnostic d'appendicite chronique, mais la certitude est fournie par l'examen radiologique.

II. — L'ILÉITE TERMINALE CHRONIQUE :

Les formes chroniques se traduisent par des troubles du transit intestinal, alors que les formes aiguës offrent un tableau péritonéal. Ces troubles du transit sont liés à l'existence de lésions ulcéreuses, sténosantes ou fistuleuses.

a) *La forme ulcéreuse.* Elle offre un tableau d'entérite chronique qui rappelle la tuberculose intestinale.

En plusieurs mois, chez un sujet jeune, vont s'installer des phénomènes intestinaux. La diarrhée est le signe le plus caractéristique. Le nombre des selles en

moyenne de 2 à 4 peut monter jusqu'à 12 en 24 heures. Ces féces sont demi-solides ou liquides, souvent elles contiennent du mucus, du pus, du sang. Une douleur sourde se manifeste fréquemment au niveau de la fosse iliaque, 4 à 6 heures après le repas lors du transit iléal. La diarrhée, nommée d'une façon imagée « diarrhée au long cours » persiste malgré tous les traitements médicaux.

Les phénomènes généraux marchent de pair. La température est aux alentours de 38°5. Des ascensions thermiques brusques devront faire craindre l'abcès. Peu à peu l'état général s'altère, amaigrissement, anorexie, asthénie s'installent. L'anémie, liée à la résorption du contenu de l'iléon au niveau des ulcérations, vient aggraver le tableau. La formule sanguine marque une légère lymphocytose.

A l'examen physique, la fosse iliaque est douloureuse, et une masse allongée, mal limitée, qui semble un boudin étendu transversalement, difficilement mobilisable, et douloureuse est perçue.

L'évolution va se faire progressivement vers la forme sténosante.

b) *La forme sténosante.* Elle donnera un tableau de subocclusion intermittente du grêle.

Le signe le plus important est la douleur. Elle survient régulièrement et brusquement 3 à 4 heures après le repas, accompagnée de vomissements. L'interrogatoire apprend que le malade présente un passé entéritique et souvent dans les jours qui ont précédé la crise d'obstruction, s'était déjà installée une constipation opiniâtre. Ces douleurs qui sont des crampes violentes, deviennent de plus en plus vives, se calment par intermittences d'une à deux minutes, puis reprennent. Elles siègent surtout à droite. Nettement en rapport avec la gêne du transit, elles se terminent brus-

quement alors que surviennent des bruits hydro-aériques. Bientôt le sujet éprouve un besoin de selle et il est immédiatement soulagé par l'émission de gaz et de feces liquides.

A l'examen, l'abdomen est ballonné, sans contracture. Pendant les crises il existe des reptations péritaltiques et entre les crises une sensibilité diffuse de la fosse iliaque droite. La palpation permet d'y percevoir une masse de consistance dure, peu mobile, bien limitée, qui est vraisemblablement l'iléon.

Si les limites sont peu nettes, si le volume est variable à divers examens, il faut penser à une atteinte plus étendue, à une atteinte du cæcum en particulier.

c) *La forme fistuleuse.* Plusieurs éventualités peuvent se présenter. La fistulisation pourra être spontanée, soit à la suite d'une intervention pour appendicite, soit encore à la suite d'incision pour abcès. Les fistules sont de deux ordres : internes ou externes.

Les fistules internes sont, en règle générale, viscéro-viscérales. Aucun signe clinique ne permet le diagnostic. C'est à l'examen radiologique ou lors de l'intervention qu'une ou plusieurs fistules sont mises en évidence. Ces fistulisations sont iléo-iléales, iléo-cæcales, iléo-sigmoïdiennes. Des fistules vaginale, séminale, vésicale, peuvent aussi exister.

La fistule externe est plus rare, elle se produit à la suite d'incision pour abcès. Le drainage de l'abcès évolue vers la fistule stercorale spontanée impossible à fermer à cause de l'inflammation sous-jacente du grêle. La fistule iléo-cutanée peut être d'apparition secondaire ou tardive.

Secondaire. — Souvent il y a une erreur de diagnostic, un drainage a été pratiqué après diagnostic d'une appendicite ou bien un abcès pris pour un abcès d'origine appendiculaire a été drainé. La fistule se

manifeste par la persistance d'un trajet après l'ablation du drain.

Tardive. — La fistule se produit après une période intercalaire de plusieurs mois après l'intervention. Sous la cicatrice ou à son voisinage se forme un abcès qui peut s'ouvrir spontanément. Cette fistule stercorale résiste à toute thérapeutique et sera entretenue par l'importance des lésions sous-jacentes.

III. — LES TYPHLITES ET COLITES DROITES CHRONIQUES :

a) *Les endocolites muqueuses.* Le début peut être chronique d'emblée ou aigu. *Modifications des selles, douleurs, spasmes,* caractérisent l'endocolite muqueuse.

La forme la plus fréquente est la forme pseudo diarrhéique avec 2 à 3 selles quotidiennes, molles, homogènes, brillantes, contenant beaucoup de mucus. La forme diarrhéique s'observe également.

Les alternatives de diarrhée et de constipation traduisent un début de stase et le passage vers la colite pariéto-interstitielle, la typhlo-colite en particulier.

Des douleurs vagues, persistantes, des besoins d'évacuation fréquents précédés de coliques légères sont ressentis.

Des troubles psychiques, de la dépression nerveuse, de l'amaigrissement constituent les signes généraux.

Le colon droit est sensible à la mobilisation transversale et quelquefois un point appendiculaire sera mis en évidence. Mais le colon descendant n'est pas moins douloureux et parfois il est perceptible sous forme de corde colique. Ainsi se traduit cliniquement le spasme. Une douleur nette peut être provoquée au niveau des angles coliques.

En somme la clinique fournit des renseignements bien vagues et il faudra faire appel à la coprologie et à la radiologie.

Les endocolites muqueuses ont des répercussions générales hors de rapport avec la lésion. Des complications nerveuses seront dues à l'imprégnation du système nerveux par les toxines des produits digestifs, ou à l'irritation des terminaisons de la muqueuse colique. A la longue il y a retentissement sur le psychisme. Des crises solaires, dont la guérison est rapide, peuvent se rencontrer. Enfin existent des troubles de la nutrition : amaigrissement, décalcification, anémie, pouvant entraîner une véritable déchéance physique et préparant le terrain à la Tuberculose.

b) *Les colites pariéto-interstitielles. La typhlo-colite.* Une poussée plus ou moins aiguë va révéler la persistance et l'aggravation des lésions coliques, cela à l'occasion d'une intoxication alimentaire, d'une infection générale. La poussée terminée, l'affection continuera son évolution insidieuse.

La douleur reste vague dans la fosse iliaque droite. Son horaire est fixe, 6 heures après les repas ; elle peut réveiller le malade dans la nuit toujours à la même heure.

Les selles sont diarrhéiques pendant les poussées, dans l'intervalle alternent la diarrhée et la constipation.

Pendant les crises subaigues, la fièvre est élevée. Dans les périodes de chronicité une légère dénivellation peut exister : 37° 4, 37° 6.

Les troubles réflexes créent chez ces malades une symptomatologie particulière. La prédominance est vagotonique (anémie, hypotension, bradycardie, manifestations portant sur le tube digestif, pylore, duodénum, vésicule). Les troubles variés qui en résultent

sont souvent les premiers symptômes amenant le malade à consulter. Sont encore à signaler des troubles nerveux, migraines, neurasthénie.

À l'examen, le premier signe à rechercher sera la douleur provoquée. Elle sera découverte dans une zone plus étendue, moins nettement limitée que le point appendiculaire, sur toute la hauteur du colon droit, avec un maximum au niveau du du cæcum. La palpation profonde fournira une deuxième signe, la perception du colon droit lui-même, dur, et douloureux à la mobilisation transversale. En étendant la palpation dans la zone hépato-vésiculaire et chez la femme dans la région ovarienne droite, le réveil d'une douleur prouvera l'existence d'une typhlo-colite à sa période d'état.

Mais comme précédemment, la clef du diagnostic sera donnée par la coprologie et la radiologie.

L'évolution se fera vers des complications à distance et locales. Ce pourront être des déterminations viscérales (cholecystites, duodénites, périoduodénites), des manifestations toxiinfectieuses (états anémiques, troubles urinaires). À une phase déjà tardive, l'infection colibacillaire des voies urinaires est fréquente, c'est le syndrome entéro-rénal de HEITZ-BOYER.

L'évolution anatomo-clinique des typhlo-colites est à envisager bien plus que les complications locales.

1°) *La typhlatonie et la stase.* Une asthénie neuromusculaire engendre une dilatation du colon droit. Il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. Les diarrhées sont des évacuations de selles copieuses et fétides après une période de constipation. Un lavage d'intestin peut provoquer ces évacuations, et il peut montrer un signe pathognomonique, une émission de matières noirâtres, boueuses, fétides, contenant parfois des amas cellulotiques. C'est le contenu d'un bas

fond cæcal depuis longtemps stagnant. Dans d'autres cas, la constipation domine, les malades ont bien une selle quotidienne, mais elle ne se fait en réalité que par regorgement.

La palpation fait sentir un gros cæcum flasque, gargouillant, rarement douloureux, plus ou moins rempli de matières.

Radiologiquement, le cæco-ascendant est dilaté transversalement, avec des contours arrondis, encochés de larges incisures. L'évacuation se termine le deuxième ou le troisième jour alors que normalement elle demande 12 heures.

L'évolution est lente, des signes généraux apparaissent, les uns d'ordre réflexe en rapport avec la distension gazeuse, les autres d'ordre toxi-infectieux dont l'expression caractéristique est l'insuffisance hépatorénale.

2^o) *Les pérityphlites et péricolites droites.* Elles constituent la dernière phase des colites pariéto-interstitielles droites. Deux modes de début sont fréquents : la forme douloureuse avec douleurs limitées à la fosse iliaque droite, la forme infectée procédant par poussées inflammatoires avec réaction péritonéale de la fosse iliaque droite et fièvre élevée.

A la période d'état, la constipation est le fait essentiel, la stase stercorale irréductible. La toxémie d'origine intestinale va progresser en même temps que de véritables périodes de subocclusion s'installent, durant plusieurs jours.

En outre, des poussées aiguës peuvent venir se greffer sur l'évolution des péricolites chroniques avec signes généraux intenses. La période aiguë peut durer quelques semaines ou quelques mois. Le traitement médical est capable de guérir. La récurrence est possible, souvent des complications surviennent parmi lesquelles l'occlusion aiguë et le retentissement hépatique.

IV. — LES PÉRIVISCÉRITES DU CARREFOUR ILEO-CÆCAL.

Le syndrome clinique constitué peut nettement s'individualiser. Les périviscérités généralisées digestives et la périviscérite localisée au carrefour inférieur appartiennent aux syndromes douloureux chroniques de la fosse iliaque droite.

a) *Les périviscérités généralisées.* Les troubles gastriques ne manquent évidemment pas. L'appétit est capricieux, le soir, le repas de midi est encore dans l'estomac. Des brûlures sont ressenties plus ou moins tardivement, et des vomissements alimentaires fréquents terminent les crises de ballonnement. Les adhérences pyloriques ou duodénales sont à l'origine de ces symptômes.

Les troubles intestinaux sont dominés par une sensation de plénitude douloureuse dans la fosse iliaque droite. Diarrhée et constipation coexistent ou alternent.

La douleur est le symptôme important. L'horaire est variable suivant l'organe, et traduit la gêne fonctionnelle de ce dernier au moment où physiologiquement il rentre en action.

L'état général est toujours atteint. La fièvre monte jusqu'à 38°, et le repos ramène celle-ci à la normale. La perte de poids peut être de 15 kilogs en quelques mois.

La langue est saburrale, l'haleine forte. Des traces opératoires révèlent une intervention sur l'estomac ou l'appendice sans résultats. Le plexus solaire est douloureux. Dans la fosse iliaque droite le cæcum dur, gargouillant, se contracte, la région cæco-appendiculaire est très sensible. Aucune défense de la paroi ne se produit, l'abdomen peut être déprimé jusqu'à la colonne vertébrale. Le foie, la rate sont normaux, la région vésiculaire est quelquefois douloureuse.

Une simple congestion locale, période menstruelle, constipation, excès alimentaire, traumatisme, amplifie ou extériorise les lésions de périviscérite.

b) *Les périviscérites localisées.*

Des formes duodénale, appendiculo-duodénale, cæco-appendiculaire ont été décrites. La périviscérite du carrefour inférieur doit faire l'objet d'une étude particulière.

Un état subfébrile irrégulier à maximum vespéral 38° persiste.

Des troubles digestifs à prédominance gastrique avec inappétence, ballonnements, vomissements, quelquefois se manifestent. Du côté intestinal alternent diarrhée et constipation.

L'amaigrissement, la fatigue générale, l'anémie peuvent faire penser à la tuberculose.

A l'examen est constatée une hyperesthésie cutanée de la région cæcale. La douleur provoquée est toujours plus étendue que la douleur appendiculaire. Ce n'est plus ici un point douloureux fixe, déterminé au bout de l'index, que se retrouve à tout coup et qui est accompagné d'une certaine défense musculaire locale, et souvent d'une flexion de la cuisse droite, le tout suivi d'un réflexe nauséux.

La périviscérite cæcale ne permet pas en général de sentir le cæcum, plus ou moins induré avec ses alternatives de contraction et de relâchement. Quelquefois à ce niveau est perçue de la crépitation neigeuse. La douleur est aussi étendue que dans les états inflammatoires du cæcum, elle est provoquée surtout par la palpation, et n'entraîne jamais chez les périviscéritiques une ébauche de défense de la musculature cæcale. Chez ces malades l'atonie musculaire permet de plaquer la paroi abdominale antérieure contre les

plans osseux de l'abdomen postérieur. Les viscères sous-jacents semblent eux aussi être devenus atones.

La forme typhlo-colite longtemps confondue avec l'appendicite chronique dont elle partage beaucoup de signes, a été étudiée avec les typhlites et colites droites chroniques.

Au cours des périviscérites digestives, des troubles psychiques se rencontrent toujours. Ils prennent une grosse importance lorsque les malades sont déçus par tous les essais thérapeutiques tentés.

QUATRIÈME PARTIE

DIAGNOSTIC

Chacune des quatre affections sera étudiée séparément, puis une vue d'ensemble sera donnée sur le diagnostic des syndromes douloureux chroniques de la fosse iliaque droite.

CHAPITRE PREMIER

Etude séparée de l'appendicite chronique ainsi que des lésions intestinales et para-intestinales

I. — L'APPENDICITE CHRONIQUE :

A. *Diagnostic positif.* — La clinique seule est incapable d'apporter une certitude dans le diagnostic de l'appendicite chronique. Cette certitude est nécessaire, l'opération chirurgicale n'étant pas inoffensive. L'examen radiologique va permettre d'affirmer le diagnostic.

Le diagnostic radiologique. — L'appendice physiologique est nettement visible sur l'écran. Le malade venant d'absorber la solution barytée, alors que cette dernière est encore dans l'estomac, est examiné. Des concrétions appendiculaires, des corps étrangers,

des ganglions crétacés dans la fosse iliaque droite peuvent être vus, en même temps que des signes extra-appendiculaires.

Le deuxième examen aura lieu 4 à 6 heures après. Le baryum arrive à la quatrième heure, au cæcum, et peut commencer à entrer dans l'appendice, qui est le plus visible entre la sixième et la dixième heure. Quelquefois cet instant est vers la vingt-quatrième heure alors que le cæcum commence à se vider.

En général, l'appendice est visible spontanément ou après manipulation avec le distincteur qui déplace le cæcum, découvre l'appendice, ou fait refluer dans son canal la bouillie opaque. Dans 10 % des cas, en face d'appendices pathologiques, ces manœuvres sont négatives, parce que le canal appendiculaire s'est vidé, ou parce que sa lumière est obstruée, ou enfin parce que l'appendice est rétro-cæcal faisant corps avec le cæcum.

a) *L'appendice sain.* — Ressemblant à un ver de terre, il suit les mouvements du cæcum. Des pressions cæcales font rentrer le baruym dans l'appendice, par contre si l'appendice se vide, c'est à la suite d'un mouvement péristaltique. Si vers la sixième heure l'appendice n'est pas visible, avant de conclure à son état pathologique, penser qu'il peut être rétrocæcal à ce moment, ou bien caché par de la stase iléale, ou encore que sa lumière est vide. Il suffira de mobiliser le cæcum ou de faire un nouvel examen quelques heures plus tard.

L'appendice peut être, par suite de transpositions d'organes, très déplacé, et les douleurs aux points appendiculaires classiques n'ont aucune valeur. *Il y a un point appendiculaire, mais son siège varie avec chaque individu et seule la radiologie le situe.*

b) *L'appendice pathologique. Les signes appendiculaires.*

Les anglais rangent les états appendiculaires en catarrhe appendiculaire, dilatation du canal appendiculaire, occlusion du conduit appendiculaire, adhérences et plicatures.

La douleur provoquée est le grand signe d'atteinte appendiculaire. L'appendice étant repéré, le distincteur essaie de le mobiliser; il renseigne ainsi sur sa sensibilité et ses adhérences. Il faut une stricte localisation de la douleur, souvent le distincteur est trop large.

Comment sur l'écran va apparaître l'appendice malade?

La lumière appendiculaire a un diamètre irrégulier et est rarement remplie de façon homogène. Avec le distincteur il faudra reconstituer l'appendice en faisant refluer du baryum dans sa lumière.

L'appendice enflammé est sinueux, fixé relativement. Au cours d'examens répétés en série, il occupera des situations qui rappellent à peu de choses près, sa situation primitive.

Des coudures peuvent exister par adhérences tirant l'organe, mais la fixité appendiculaire est relative. *Le fait essentiel est la constance des rapports.*

Si des adhérences enserrant le pôle inférieur du cæcum, celui-ci aura un aspect déchiqueté caractéristique.

Dix pour cent des appendices malades ne sont pas visibles, alors l'étude approfondie des symptômes extra-appendiculaires, les recherches cliniques soigneuses, un repérage minutieux des points douloureux à la pression profonde toujours identiques à eux-mêmes, extracæcaux, l'intégrité de la valvule de BAUHIN recherchée par lavement, la non existence d'ulcéra-

tions de l'intestin grêle, tout cela fournira un faisceau de symptômes autorisant le diagnostic d'appendicite chronique. Ajouter l'anamnèse, l'existence de crises antérieures.

Dans les appendicites rétrocæcaux, il faudra essayer de voir l'appendice par les examens obliques répétés, par les examens précoces de la troisième et quatrième heure, et par les examens tardifs de la douzième heure.

Les signes extra-appendiculaires.

Au niveau de l'estomac, un spasme pylorique est fréquent. La bouillie barytée arrive dans l'estomac, des contractions péristaltiques commencent aussitôt, et l'évacuation pylorique ne se produit pas. Ce n'est qu'au bout d'un temps variable que la perméabilité pylorique se rétablit. Le pylore est mobilisable et non douloureux.

Il y a de la périoduodénite associée. D'une part il existe de la déformation, pénicillation, inégalité du calibre duodénal, de la stase relative des bouchées barytées, et même des mouvements antipéristaltiques, d'autre part la compression de la deuxième portion est douloureuse.

La vésicule n'a rien, mais la péricholécystite est fréquente.

La stase iléale est un des signes les plus constants, comme si un spasme existait au niveau de la valvule de BAUHIN. Les anses sont agglomérées entre elles formant une masse noire ovoïde au niveau du pubis.

La cæcum, vers la sixième heure est toujours visible. Si l'inflammation périappendiculaire est très marquée, le cæcum est bloqué par des adhérentes, le distincteur ne peut le mobiliser. Sur film radiologique le cæcum aura un aspect déchiqueté.

Le colon est normalement rempli de façon homo-

gène après absorption de repas opaques rythmés 18. 12, 6 heures avant l'examen. Dans l'appendicite chronique l'asynergie colique est fréquente, les divers segments de l'intestin ne se remplissent pas de façon homogène. C'est que des mouvements réflexes sous l'influence de l'inflammation appendiculaire font évacuer plus vite qu'il ne faudrait, certains segments coliques.

B. — *Diagnostic différentiel.*

La confusion est possible avec la lithiase vésiculaire, les lésions du rein et du bassinet, le rein droit mobile, les petites poussées d'hydronéphrose, les affections pleuro-pulmonaires (pleurésie de la base droite, pleurésie diaphragmatique, pneumonie).

La coexistence est possible entre l'appendicite chronique et la pneumonie. Le point de départ est difficile à connaître pour les lésions salpingo ovarienne et l'appendicite chronique en raison du « flirt appendiculo-ovarien de Segond ».

Deux syndromes doivent être particulièrement discutés : l'épiploïte chronique d'une part pour laquelle il faudra faire un diagnostic complémentaire, d'autre part le syndrome douloureux mécanique du cæcum et du colon ascendant dont l'étude est faite plus loin.

II. — *L'ILÉITE TERMINALE CHRONIQUE :*

Diagnostic positif.

Il s'appuie sur les éléments cliniques, mais les douleurs abdominales diffuses, les crises diarrhéiques avec état subfébrile, et l'amaigrissement sont là évidemment des troubles dont la cause n'est pas évidente. Seul l'examen radiologique permettra de localiser au niveau de l'iléon l'origine des symptômes digestifs.

Cet examen radiologique n'est possible qu'en dehors des ileites aiguës et l'étude des ileites aiguës ne peut s'inspirer que des résultats obtenus dans les états chroniques. Faire absorber à jeun un repas opaque, prendre les clichés sur le sujet couché et à intervalles précis, 1 heure, 3 heures, 9 heures après le repas opaque. Si l'aspect des lésions est peu caractéristiques, l'examen sera complété par un lavement opaque donnant une image plus nette du cæco-ascendant. Il est contre-indiqué d'exagérer la pression de ce lavement pour obtenir une image de reflux iléal.

Avant tout c'est une image de sténose. Mais malgré l'importance de la lésion le repas opaque filtre toujours dans la lumière du segment malade.

En amont la dernière anse apparaît dilatée, bien remplie, cette image se termine très souvent en cône aux bords dentelés se rétrécissant progressivement jusqu'au point où débute la sténose.

L'image de la sténose elle-même est variable. Dans le cas le plus net, tout le défilé est injecté par un filet opaque, mince, sinueux, irrégulier. L'image opaque s'est bien moulée sur la lumière intestinale qui est réduite par l'énorme hypertrophie de la sous muqueuse et sur une longueur variable. L'ombre prend la forme d'un cordon mince, paraissant tordu, le « String sign » des américains.

En aval le cæco-ascendant est bien distendu, mais l'image du défilé sténosant n'est pas aussi nette. Entre deux zones bien injectées en amont et en aval il peut n'être représenté que par de petites trainées opaques isolées. Fréquemment il reste non injecté sur un cliché ne rendant pas compte objectivement de la perméabilité pourtant réelle de l'anse atteinte. Le cliché n'a pas saisi le passage de la gélo-barine. Ces images ne sont pas moins caractéristiques.

D'autres fois un spasme peut exister sur le cæcum, et le colon, qui ne restent pas opacifiés entièrement ou présentent une série d'anneaux de contracture tendant à segmenter l'image cæcale.

D'autres fois enfin, une tâche opaque à l'angle iléo-cæcal donne l'image d'un abcès du mésentère qui s'est injecté (image diverticulaire).

Pour PORCHER, deux ordres de signes doivent être étudiés.

a) *Des signes directs.*

Horaire: Le transit du grêle terminal est accéléré par la spasticité acquise de ce segment. *Variations de silhouette:* Plus facilement obtenues par le lavement, ce sont de petites ectasies segmentaires séparées par des anneaux de contraction dont la disposition au lieu d'être régulièrement symétrique revêt un caractère anarchique.

b) *Des signes indirects.*

Ils sont issus de la péri-ileite secondaire. Migrations, fixations ectopiques de la dernière anse grêle, entraînent des coudures plus ou moins fixées en V droit ou renversé. Les troubles mécaniques qui résultent de ces coudures constituent souvent le seul symptôme clinique perceptible.

Les adhérences que contracte la dernière anse grêle sont électivement et parfois exclusivement des adhérences avec le cæcum, ce qui explique que le bloc cæcum-grêle terminal peut conserver par rapport à la paroi antérieure et par rapport au bassin osseux une bonne mobilité.

Diagnostic différentiel.

C'est avant tout avec la tuberculose iléo-cæcale que l'erreur est possible, mais l'aspect si spécial des examens radiologiques, l'importance des lésions iléales, contrastent avec le siège à prédominance cæco-colique de la Tuberculose. La recherche des bacilles de KOCH dans les selles s'impose.

La diarrhée peut faire porter le diagnostic de dysenterie, une occlusion aiguë peut faire penser à un infarctus, mais alors l'état de *shock* remplace le syndrome infectieux.

En présence d'une forme occlusive penser encore à une invagination intestinale.

En présence d'une masse abdominale, il faudra éliminer la maladie de HODGKIN, les tumeurs du grêle, les sarcomes.

En présence des formes fistuleuses, encore se posera le diagnostic de tuberculose.

Accessoirement celui d'actinomycose dont les tendances envahissantes, destructives, peuvent prêter à confusion. L'examen du pus (grains jaunes, actinomyces) le sero-diagnostic, lèveront les doutes.

III. — LES TYPHLITES ET COLITES DROITES CHRONIQUES :

Diagnostic positif.

Il se basera d'abord sur la clinique pure. La palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse. Le boudin cæcal est dur, ses parois présentent des alternatives de contractions et de relâchement. La douleur est moins localisée que la douleur appendiculaire, elle siège sur le bord interne du cæcum et monte plus ou moins haut. Un doigt ne peut la recouvrir entièrement.

Mais la clinique n'est pas suffisante, il faut lui adjoindre les examens radiologiques et coprologiques.

a) *Les endocolites muqueuses.* — L'examen radiologique a une valeur secondaire, l'examen coprologique a une importance capitale.

Examen radiologique.

Après repas opaque, deux signes seront notés. D'une part le transit est accéléré; une hyperkinesie peut exister dans les formes récentes, il faut se rappeler que normalement le repas arrive dans le cæcum vers la cinquième heure et dans la partie moyenne du transverse vers la huitième heure. D'autre part s'observe un spasme généralisé, ou localisé portant sur l'angle droit.

Le lavement baryté permet de préciser les altérations en rapport avec le spasme, de montrer leur caractère passager, puisqu'elles peuvent céder à la pression du liquide, à la belladone. Il peut donner par ailleurs des images de piqueté de la paroi, zones claires alternant avec des plages plus noires.

Les méthodes dites de contraste ou d'imprégnation muqueuse peuvent fournir des renseignements intéressants, modification des sécrétions intestinales (leur augmentation surtout), modification du relief interne de l'intestin, modification des parois.

Examen coprologique.

La présence de mucus permet le diagnostic de l'existence même d'une colite. Le diagnostic de la gravité se fait par la présence de mucine dans les selles, de nucléo-albumine, d'albumine soluble, de sang enfin. La coprologie ayant indiqué une colite légère, il faudra rechercher l'orientation de la flore intestinale, les syndromes de putréfaction ou de fermentation, les causes

de ces syndromes (insuffisances digestives), les complications possibles.

b) *Les colites pariéto-interstitielles.* — *La typhlo-colite.*

Les signes coprologiques. — Ils sont déconcertants. Au début les selles sont caractéristiques de l'évacuation prématurée du grêle, avec hypéracidité. Puis diarrhée et constipation alternent, l'acidité restant élevée, enfin dans les formes anciennes les putréfactions deviennent intenses et l'acidité faible.

Examen radiologique. — Ici c'est l'examen de choix.

Le repas opaque montre soit une évacuation cæcale accélérée, conséquence de l'intolérance spasmodique de cet organe, soit de la stase cæcale. Les contours du cæcum sont peu nets, surtout dans sa partie inférieure. Le cæcum est hachuré, spasmé, il se remplit tantôt de façon homogène, tantôt de façon hétérogène avec des différences notables d'opacité dans ses diverses portions. La pression crée une douleur diffuse sur tout le cæco-ascendant, avec maximum au niveau de la région qui avoisine le carrefour inférieur. Cette douleur qui n'est pas strictement appendiculaire ou iléale, empiète largement sur le cæcum et le suit dans tous ses déplacements. L'irritabilité cæcale est telle que la simple pression avec le distincteur le fait contracter violemment, chassant une partie de son contenu dans le transverse et le descendant: cette chasse entraîne un retentissement sur l'état général avec transpiration, tendance aux lipothymies et à la syncope.

Le lavement baryté marque un temps d'arrêt au niveau de l'angle hépatique. Quand la tête de colonne arrive dans le cæco ascendant naît une douleur qui va en s'amplifiant, accompagnée de mouvements péristal-

tiques. Le cæcum n'est pas opaque d'une façon homogène. Petit, spasmé, à contours flous, il présente en certains points de sa surface des images pseudo lacunaires. L'insufflation est douloureuse lorsque le cæcum commence à se distendre. Ses parois apparaissent plus épaisses, moins souples que normalement. Quelques tâches suspendues se voient en pleine zone gazeuse, la désorganisation des plis et des valvules est complète.

Il y aurait en somme, des signes indirects, hypertonie gastrique, spasme du pylore, accélération ou retard de l'évacuation gastrique, spasmes duodénaux, stase iléale, et des signes directs. Les contours du cæcum seront tantôt déformés par des encoches spasmodiques et profondes, tantôt rigides et rectilignes. La pression provoque une douleur cæcale diffuse. Des spasmes occupent le cadre colique. Le transit accéléré au début fait place plus tard à la stase cæcale avec tâches barytées persistantes.

Diagnostic des formes révélées par une complication.

L'étiologie possible colique doit être envisagées devant un état anémique, devant des troubles nerveux des lésions vésiculaires, duodénales, urinaires.

Diagnostic étiologique d'un syndrome typhlo-colique droit.

L'origine utéro-annexielle est possible. Un tel syndrome peut décélérer le début d'une tuberculose iléo-cæcale, d'un cancer du cæcum. Penser enfin aux parasites intestinaux, à l'amibiase.

La typhlocolite peut encore être simulée par des troubles pathologiques liés à des malformations du cæco-colon ascendant qu'ANTOINE et DE MARTEL appellent « les syndromes douloureux mécaniques ».

Une crise de colite révélera souvent des anomalies congénitales. Il faut citer :

a) Les syndromes avec mobilité anormale du cæco-ascendant.

b) Les syndromes avec fixation anormale :

Les membranes de JACKSON. Il s'agit d'un voile fin recouvrant le colon droit, ou le cæcum, ou l'appendicé, ou encore l'angle droit, dont l'origine est congénitale pour les uns, acquise pour les autres.

Les périviscérités du carrefour inférieur. Le syndrome du cæcum ptosé et fixé est leur expression la plus complète. Parmi elles il faut mentionner la coudure de Lane (coudure en V renversé de la fin de l'iléon) et différentes brides. Il existe aussi des périviscérités du carrefour inférieur acquises, inflammatoires et reconnaissant pour cause la péritonite tuberculeuse, localisée, un traumatisme opératoire, rarement la syphilis péritonéale.

En fait, la typhlo-colite est la cause la plus fréquente des périviscérités inflammatoires.

MM. P. DUVAL et GATELLIER ont décrit « le cæcum enclavé ». Cliniquement il revêt trois aspects : une forme à type d'appendicite chronique, une forme à type d'affection génitale, une forme à type d'affection vésicale. La palpation abdominale le toucher vaginal montrent la situation pelvienne du cæcum. Le doigt vaginal le sent fuir sous la pression et apprécie les modifications de tension se traduisant par le gargouillement. Enfin, la radiologie révèle la situation pelvienne. L'opération, désenclavement et appendicectomie sans colopexie, donne d'heureux résultats.

Diagnostic de la nature de la typhlo-colite.

La dernière étape du diagnostic, pas toujours la

moins difficile, est la différenciation de l'endocolite muqueuse avec la colite pariéto-interstitielle.

L'étude de ces deux formes a été assez poussée, pour qu'il soit inutile d'insister ici.

IV. — LES PÉRIVISCÉRITES DU CARRE- FOUR ILÉO-CÆCO-APPENDICULAIRE.

Diagnostic positif. — La certitude est apportée par la radiologie. Le malade, qui est à jeun depuis 6 heures, absorbe la bouillie opaque. Il faudra, 6 heures après, rendre compte du transit dans l'intestin grêle et du remplissage du cæcum et de l'appendice. Le lendemain sera faite l'étude radiologique du colon. Un lavement baryté pourra être administré.

L'estomac sera souvent ptosé, dilaté, hypotonique. La pression du disticteur sur la ligne xipho-ombilicale décèle l'hypéresthésie solaire. Quelquefois la grande courbure est bloquée, le pylore est immobilisé.

Le duodénum aura un bulbe tiraillé, déformé, étiré. Les bouchées opaques passent au ralenti dans la deuxième portion, y stagnent. Le calibre est irrégulier, les contours duodénaux sont pénicillés, déchiquetés. Le signe pathognomonique est l'immobilité du segment atteint, mise en évidence par le disticteur. La cholecystite ou la péricholécystite seront éliminées par cholécystographie ou tubage duodénal.

L'intestin grêle est caractérisé par de la stase au niveau des dernières anses iléales. La pression à leur niveau est douloureuse. Se rappeler que normalement en 6 heures la bouillie passe de l'estomac dans le cæcum.

Quant au gros intestin, alors qu'à la 6^e heure le cæcum devrait être plein, il n'est souvent pas visible. Il faut attendre la 8^e, 9^e heure. Le cæcum peut être aug-

menté de volume. La fosse iliaque droite est douloureuse à la pression, la douleur siège en plein cæcum. Ce dernier est peu mobilisable dans sa partie inférieure, qui porte des lacunes s'il y a beaucoup d'adhérences.

L'appendice n'est presque jamais visible. Souvent il sera aperçu quand le cæcum n'est pas encore plein ou quand il commence à se vider. La stase iléale gênera et de plus l'appendice est presque toujours rétro-cæcal. Il est toujours adhérent. La douleur provoquée par la pression n'est pas strictement appendiculaire, alors que dans l'appendicite chronique, elle est strictement appendiculaire.

Le cæcum pourra être basculé, le colon sera plus ou moins mobile. Quelquefois l'état spasmodique du colon gauche fournira l'aspect en grains de chapelet. D'autres fois il y a asynergie colique. Le transit colique est retardé de 72 heures et plus.

Si le transit est trop lent un lavement baryté sera donné. Il permet toujours de constater la fixation plus ou moins importante des segments coliques. Le malade étant debout des poches hydroaériques parallèles entre elles signent le diagnostif de périviscérite.

Diagnostic différentiel.

Les syndromes douloureux de la fosse iliaque droite doivent être discutés avec l'appendicite chronique surtout. Les troubles fonctionnels du colon proximal, les typhlites chroniques, la dyspepsie cæcale simple, les cæcum douloureux, dilatés ou mobiles, les vices de position de cæco-ascendant du transverse et de leur angle appartiennent en clinique au syndrome de périviscérite droite à apposer à l'appendicite chronique.

Les troubles fonctionnels ne fournissent pas un tableau clinique spécial à l'appendicite chronique. Les

troubles gastro-intestinaux ou leur retentissement sur l'état général sont des manifestations d'ordre toxiinfectieux ou réflexe, et appartiennent aussi bien aux périviscérités qu'à l'appendicite chronique.

Peut-être les symptômes douloureux localisés, spontanés, prédominent-ils dans les périviscérités, alors que les nausées, vomissements rebelles à tout traitement sont plus fréquents dans l'appendicite chronique.

L'appendicite chronique s'accompagne toujours de réaction de défense du plan musculaire sus-jacent qu'il faudra rechercher avec soin en comparant la tonicité de la fosse iliaque gauche et de la fosse iliaque droite. Les périviscérités se manifesteraient par un état de flaccidité de la paroi iliaque droite et du flanc. Il existerait même un certain degré d'atonie musculaire qui permet de saisir sous les doigts les viscères sous-jacents et de les comprimer facilement contre le plan postérieur.

La douleur provoquée ne détermine jamais l'ébauche d'une réaction de défense dans les périviscérités. Dans l'appendicite chronique il n'y a plus la zone douloureuse diffuse de la périviscérité mais un point douloureux fixe, localisé, déterminé du bout de l'index, retrouvé à tout coup, et qui est accompagné non seulement d'un certain degré de défense musculaire locale, mais encore d'un mouvement de défense de la cuisse droite, parfois même d'un réflexe nauséeux. L'écran radioscopique offre une certitude lorsque le point douloureux correspond exactement avec le siège de l'appendice vu à l'écran ou avec le bord interne du cæcum. Evidemment cette dernière constatation n'a de valeur que si les signes radiologiques de la périviscérité droite décrite déjà, n'existent pas.

CHAPITRE II

Vue d'ensemble sur le diagnostic des syndromes douloureux chroniques de la fosse iliaque droite

Il existe deux grands ordres de malades : les uns se plaignent spontanément d'une douleur de la F.I.D., les autres accusent des troubles intestinaux ou des troubles erratiques et c'est au cours de l'examen systématique que la douleur de la F.I.D. est découverte.

PREMIER GROUPE. — Les douloureux.

a) *Les petits douloureux.* — Ou bien cette douleur est intermittente, dure trois jours puis disparaît, pour revenir de façon capricieuse, sans cause déclenchante nette, sans association de troubles intestinaux tels que débâcles de diarrhée. Ces malades sont en général plus des appendiculaires que des colitiques.

Si les crises sont plus longues, laissant persister entre elles des malaises et des irrégularités de l'exonération, une colopathie et plus probable qu'une appendicite.

Si la douleur apparaît vers cinq ou six heures du soir elle est provoquée par l'arrivée dans le cæcum du bol digestif qui le distend. Si elle apparaît aussitôt après le repas elle est due au réflexe gastrocolique. Une erreur de régime est souvent la cause déclenchante.

b) *Les douloureux par crises plus violentes.* — La crise est plus brutale, elle est courte, mais le malade doit se coucher. Il perçoit après une sensation de ten-

sion, un bruit de passage des gaz dans un segment spasmodique et se sent soulagé si l'émission des gaz se produit.

Si la crise se termine par cette émission de gaz, s'il n'y a pas de fièvre, il faudra penser à une colite droite. Si au contraire un état douloureux permanent succède à la crise pendant trois jours avec une petite élévation thermique, si le malade est un nauséeux habituel l'appendicite doit être soupçonnée.

c) *Les douloureux permanents de la F.I.D.* — Le malade souffre nuit et jour, les rémissions sont incomplètes. Les symptômes généraux très accusés. Rien ne permet de différencier ce tableau de celui des colopathies.

Pourquoi discute-t-on tant ce diagnostic? Les causes d'erreur sont nombreuses. Le colon peut être douloureux fonctionnellement. Les douleurs de la F.I.D. peuvent irradier vers d'autres organes. Inversement des malades souffrent de la F.I.D. et sont des vésiculaires, des hépatiques, des rénaux, des génitaux. Une dilatation cæcale, une névropathie peuvent en imposer pour une appendicite.

Mais les fausses appendicites peuvent être aussi le reflet d'une lésion organique du colon ascendant.

Il y a les syndromes mécaniques par excès de mobilité, cæcum volvulé, ptose du transverse.

Si la mobilité est insuffisante, s'observent des symptômes dus à la fixation cæcale. Des brides font des strictions créant des périviscérites.

Toutes ces douleurs simulent l'appendicite.

DEUXIEME GROUPE. — Les malades consultent pour des troubles erratiques.

Les troubles gastriques sont souvent les premiers. L'examen de l'estomac ne montre rien, sauf quelque-

fois du spasme du pylore. Ces signes peuvent être aussi bien d'origine vésiculaire qu'appendiculaire. Un tableau d'ulcus existera souvent. Il existe en outre des typhlo-colécystites, où le cæcum, le colon, et la vésicule sont simultanément touchés réalisant le syndrome « entero-vésiculaire ». La mesure de la « bilirubine-mie » est un test qui, dans beaucoup de cas permet de différencier : si elle est augmentée une affection hépato-vésiculaire est probable ; si elle est normale l'intestin est plutôt en cause.

Dans le cas d'un syndrome lombaire, l'appendice sera toujours cherchée, mais se souvenir que l'urètre passe tout près.

Dans un syndrome du petit bassin, il importera de se rappeler que le syndrome entéro-rénal est une réalité.

Un syndrome génital fera venir à l'esprit l'idée du flirt ovaro-appendiculaire ».

La douleur pourra encore s'irradier dans le triangle de scarpa, dans la région postérieure de la cuisse, vers la hanche droite (syndrome pseudo herniaire et sciatique, forme claudicante).

Enfin l'amaigrissement, la fébricule, la céphalée quelquefois en imposeront pour une tuberculose inexistante.

Par la palpation seront étudiés quatre grands ordres de faits.

I. — *La résistance de la paroi.* — Préciser l'existence de la contracture.

II. — *La recherche d'un point ou d'une zone douloureuse.*

Après avoir progressivement atteint le contact osseux sur le bassin, la main est ramenée en dehors vers l'aile iliaque pour accrocher le bord interne du

cæcum. Si en un point précis une douleur est déterminée, le diagnostic d'appendicite s'impose. Si c'est toute une zone qui est douloureuse, il s'agit vraisemblablement d'une douleur cæco-ascendante.

Il faut revoir le malade plusieurs fois et savoir si ce point douloureux est net, fixe. L'examen radioscopique permettra de préciser si la douleur correspond au point d'implantation de l'appendice.

III. — *La découverte d'une masse.*

La radiographie s'impose. Peut-être s'agit-il d'un cancer ou d'une tuberculose du cæcum. Peut-être d'abcès chroniques enkystés post-appendiculaires. L'intervention exploratrice est indiquée.

IV. — *L'absence totale de signes.*

Deux erreurs sont à éviter : prendre une cholécystite, une ptose rénale, un mal de Pott avec douleur dans la F.I.D. pour une appendicite, rejeter la possibilité de l'association des deux syndromes.

La radiologie : Il n'y a qu'un signet net, le point douloureux fixe au point d'implantation, que l'appendice soit injecté ou non. Des périviscérités (défaut de mobilité radiologiquement observé) sont souvent diagnostiquées à faux et inversement des sténoses sont diagnostiquées à tort. Une dilatation intestinale en amont de cette sténose persistant avec l'atropine, il faudra conclure à l'organicité.

La formule hématologique : C'est un argument complémentaire. Normale, un syndrome mécanique est probable. Si il y a de la mono-nucléose, les chances sont en faveur de l'appendicite.

CINQUIÈME PARTIE

LA THÉRAPEUTIQUE

L'appendicite chronique.

L'appendicite chronique d'origine vermineuse, étant mise à part, qu'un traitement antihelminthique précoce pourra guérir, dans tous les autres cas, le traitement est chirurgical, il faut enlever l'appendice.

L'idéal serait, pour assurer à l'intervention les plus grandes chances de succès ultérieur, d'intervenir sur des lésions infectieuses qui n'ont pas eu le temps de s'étendre et d'envahir tout le système lymphatique iléo-cæcal.

Mais de telles conditions sont exceptionnelles, le traitement chirurgical sera en réalité, très souvent pratiqué sur un terrain infecté, d'où la nécessité d'une préparation médicale préopératoire convenable. Il faudra prescrire un régime favorable au foie, au colon et à l'appendice. Quotidiennement le malade prendra de l'huile de paraffine ou des médicaments type « drainage des voies biliaires ». Un vaccin intestinal sera alterné avec une potion au collargol. En cas de constipation, à tout prix seront évités les purgatifs et les lavements.

De même l'intervention sera suivie d'une cure diététique sévère et prolongée. Un régime donnant peu de

déchets, composé d'aliments facilement absorbables par le grêle, sera complété par un traitement vaccinothérapique.

L'iléite terminale chronique.

Le traitement paraît devoir être toujours chirurgical. Les lésions sont définitives, qu'il s'agisse de la forme enteritique, sténosante, abcédée ou fistuleuse, la résection s'impose.

Toujours elle se fera en deux temps. D'abord une dérivation iléo-colique (iléo-transverso-stomie), ensuite une résection large iléo-cæcale.

L'intervention seule permet d'assurer la guérison, mais au prix d'une mortalité post-opératoire de 15 % (STROMBECK). Les récides opératoires sont de l'ordre de 10 % après résection (KOSTER, KASMAN, SCHEINFELD).

Les typhlites et colites droites chroniques.

I. — *Traitement médical.*

a) Traitement des endocolites muqueuses. Le rôle du régime alimentaire est considérable. Tantôt l'irritation sera combattue par des aliments faciles à digérer, laissant peu de résidu et activant les sécrétions digestives, tantôt il faudra modifier l'orientation de la flore intestinale et compenser une acidité trop élevée ou une alcalinité anormale. Un régime carné luttera contre une acidité cæcale excessive.

En cas d'insuffisance du régime, appel sera fait aux modificateurs de sécrétion, aux évacuants, aux absorbants. Quand le colon est dans des conditions favorables la désinfection intestinale et la vaccinothérapie seront envisagées.

Si une cause patente est connue (sinusite par exemple) son traitement s'impose.

b) Traitement des colites pariéto-interstitielles.

Chez l'enfant le plus souvent ce sont des poussées subaiguës. La diète hydrique de courte durée suivie de grands lavages intestinaux de sérum artificiel sera prescrite. L'évacuation colique pourra encore être obtenue par le calomel ou l'ipéca. Ensuite si les selles sont acides, s'imposera un régime carné avec désinfection intestinale par les alcalins, si elles sont alcalines, un régime lactovégétarien, les farineux légers, la bactériothérapie lactique ou les laits caillés acides. La cure à Chatel-Guyon est indiquée.

La typhlo-colite chronique de l'adulte est constituée par trois éléments. A l'infection il y aura lieu d'opposer la séro ou vaccinothérapie, les stocks vaccins, le sérum anti-coli-bacillaire, les bactériophages. Les auto-vaccins à partir des microbes du cæcum, le bouillon vaccin sont deux thérapeutiques excellentes. Aux phénomènes congestifs s'opposeront les cataplasmes sinapisés, les applications humides chaudes, les rayons infra-rouges, les bains chauds, la diathermie. Enfin les phénomènes de rétention et d'intoxication seront combattus par l'évacuation des produits toxiques du cæcum en usant de moyens jamais offensifs (solution de Bourget, solutions chlorurées magnésiennes et alcalines, ipéca associé au charbon ou au bismuth). Les lavages d'intestin seront rarement donnés et sinon avec la technique du goutte à goutte. De plus il y aura lieu de traiter l'irritation de la muqueuse due à l'hypéacidité cæcale, par le bismuth, le carbonate de chaux, l'hydrate de magnésie, les poudres absorbantes comme le Kaolin et le talc, un régime approprié. La régularisation des fonction intestinales s'obtiendra en opposant aux spasmes la belladone et à la stase les muc-

lages et les huiles minérales. Une cure à Chatelguyon donnera d'excellents résultats.

II. — *Traitement chirurgical.*

Les interventions seront indirectes, si le syndrome est secondaire à une autre affection, ou bien directe.

a) Les endocolites muqueuses. En principe tout traitement chirurgical est inutile ou même nuisible. Si cependant le traitement médical ne guérit pas, il faut chercher l'épine irritative qui entretient la colite. Souvent cette épine est l'appendice. Mais l'appendicectomie intervention indirecte, à froid, réputée bénigne, ne l'est pas dans ses conséquences éloignées après intervention sur un malade, mal ou non préparé.

b) Les colites pariéto-interstitielles.

Chez l'enfant, le traitement médical sera appliqué pendant la poussée et longtemps après. Mais étant donnée la fréquence de l'étiologie appendiculaire, il y aurait peut-être avantage à enlever cet appendice de bonne heure à condition d'opérer à froid, rigoureusement, aussi bien quand à la courbe thermique que quant à la formule hématologique.

Chez l'adulte, pour les colites droites au début, l'ablation appendiculaire pratiquée très tôt, avec préparation impeccable permettra au traitement médical post-opératoire d'obtenir des guérisons.

La discussion s'élève entre médecins et chirurgiens au sujet des colites droites de l'adulte à la période d'état. Les premiers agitent le spectre des balafres de PLOMBIERES et de CHATELGUYON. Un traitement médical, avec cure hydro-minérale, appliqué longtemps suffira bien souvent; en cas d'échec, alors, l'appendicectomie sera conseillée, toujours après une longue préparation médicale. Si le cæco-ascendant est

mal fixé, si le cæcum est ectasié, la colotyphloplexie pourra être associé à l'appendicectomie.

Les colites droites pourront être compliquées. Les péricolites seront justiciables des péricolocolyses; l'opération se fera « à froid », loin de toute poussée inflammatoire, température et cytologie sanguine étant normales. La typhlatoxie, la stase pourront amener, après échec indiscutable du traitement médical, le chirurgien à pratiquer une intervention sérieuse comme la fistulisation du cæcum, l'iléotransversostomie.

La périviscérite du carrefour iléo-cæcal.

En règle générale il faut avoir recours au traitement médical avec toutes ses variantes, continué pendant des années.

Une thérapeutique pathogénique sera appliquée. L'*éther benzylcinnamique* décongestionnera et diminuera les adhérences, atténuera l'état inflammatoire, calmera l'élément douleur. Les agents physiques, héliothérapie, rayons ultra violets, rayons infra rouges, diathermie auront une heureuse action. Quelquefois l'héliothérapie et les ultra violets seront réalisés à « ventre ouvert ».

Une thérapeutique symptomatique s'imposera. Contre l'état général déficient les préparations cacodylées à haute dose, les produits opothérapiques, hépatiques, spléniques, biochimiques sont à utiliser. Contre les troubles digestifs, il faudra prescrire des aliments facilement digestibles, vérifier les diverses sécrétions digestives. L'acide chlorhydrique est indiqué. Les antispasmodiques, belladone, gardénal, bromures, faciliteront le transit. La strychnine luttera contre l'atonie. L'huile de ricin, de vaseline, les cholagogues, les lavements huileux, le psyllium provoqueront des exo-

nérations intestinales régulières. Si la gastrite, et la colite accompagnent, l'inflammation sera réduite par le bismuth à haute dose ou les pansements mucilagineux. Les crises solaires, hyperesthésie du plexus, seront traitées par le salicylate neutre d'éserine, les applications diathermiques. Enfin, la psychothérapie sera envisagée, persuasion, douches, antinervins.

Le traitement chirurgical est contre indiqué parce qu'il fournit de médiocres résultats et qu'il est capable de donner un coup de fouet aux lésions en aggravant le processus adhérentiel. Dans deux cas cependant il sera à envisager. D'une part lorsque le traitement médical a échoué. Alors le processus adhérentiel ne devra plus progresser, tout vestige d'état inflammatoire devra avoir disparu. L'intervention portera en quelque sorte sur des « séquelles de périviscérite ». Cette chirurgie est toute de douceur et de minutie, les adhérences seront supprimées en retrouvant le plan de clivage, en évitant de pénétrer dans l'espace sous péritonéal. D'autre part, l'opportunité de l'intervention est encore plus formelle devant un syndrome occlusif, ou devant la persistance de graves troubles du transit.

L'acte opératoire réalisé, la thérapeutique médicale reprend ses droits. Les heureux effets de l'opération ne pouvant se faire sentir qu'à longue distance.

CONCLUSION

Les syndromes douloureux chroniques de la fosse iliaque droite reconnaissent pour cause l'appendicite chronique, mais aussi des lésions intestinales et para-intestinales et enfin et surtout des lésions mixtes. Ces affections qui sont: l'appendicite chronique, l'ileite terminale chronique, les typhlites et colites droites chroniques et les périviscérites du carrefour iléo-cæcal, ont une nette individualité anatomo-pathologique.

Il n'en est pas de même au point de vue clinique. Le diagnostic de ces syndromes est un des problèmes les plus difficiles de la pathologie digestive et pourtant le plus souvent posé. Pratiquement il n'y a pas de symptômes cliniques absolument caractéristiques permettant à coup sûr de différencier ces affections. Mais actuellement, grâce à l'aide de la radiologie et du laboratoire, le diagnostic doit toujours se faire. C'est parce que le diagnostic de l'appendicite chronique n'a pas été généralement serré d'assez près, que des discussions médico-chirurgicales ont pris naissance, les uns soutenant que l'appendicite chronique ressortissait uniquement de soins médicaux, tandis que d'autres préconisaient l'intervention.

Ces lésions portant sur des organes extrêmement voisins ont une thérapeutique différente, opposée souvent, d'où le grand danger que fait courir au malade l'erreur de diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTOINE et DE MARTEL. — Les appendicites chroniques. Paris 1937.
- BAUMEL Jean. — Diagnostic clinique et radiologique des Appendicites chroniques. Extrait des archives des maladies de l'appareil digestif N° 5. — Mai 1926.
- BAUMEL Jean. — Pratique gastro-entérologique. — DOIN, édit., 1943.
- BAUMEL J., ROUX G. — Les périviscérites digestives essentielles, considérations cliniques et thérapeutiques. — Extrait des archives des maladies de l'appareil digestif N° 9. — Novembre 1932.
- BERARD et VIGNARD. — L'appendicite. — MASSON, 1914.
- BOUTRON. — Ileite terminale. — Thèse de Paris 1938.
- CHIRAY, LARDENNOIS et BAUMANN. — Les colites chroniques. — MASSON, 1934.
- DUVAL P. et GATELLIER J. — Le cæcum pelvien enclavé. — Livre jubilaire du Professeur H. HARTMANN.
- FLANDRIN P. — Thèse de Paris 1922.
- GATELLIER J., MOUTIER F., PORCHER P. — Radiologie clinique du tube digestif. T. II. — MASSON, 1934.
- GUILLAUME A.-C. — Les colotyphlites et le syndrome iliaque droit.
- JAISSON. — Etude radiologique dans l'appendicite chronique. Journal de radiologie, Juin 1921.
- KNAPPER (Amsterdam). — Ileites terminales. Archive für Klin. chir. 10 Mars 1937, p. 152-166.
- LARDENNOIS G. — Les péricolites chroniques. Rapport au XXXVI^e congrès français de chirurgie. PARIS. Octobre 1927.
- LECENE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, tome III. MASSON, 1926.

RACHET. — Diagnostic et traitement des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite (concours médical n° 46 — 15 novembre 1936).

ROUSSET. — Iléite terminale. Gazette des hôpitaux. (7-10 mai 1941).

RUDLER J. C. — Typhlites et colites droites chroniques. Appendicite chronique. Encyclopédie médico-chirurgicale.

SNAPPER. POMPEN. GROEN. — Regional ileitis clinical and Anatomic pathologic study. Ann. de Médecine, Janvier 1936, p. 978-980.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

« *Les syndromes douloureux chroniques de la fosse iliaque droite* ».

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 19 Juin 1943.

Le Professeur,

J. BAUMEL.

VU :

Montpellier, le 21 Juin 1943.

Le Doyen,

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 22 Juin 1943.

Le Recteur,

SARRAILH.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
